



# Texas Department Of Insurance

**Division of Workers' Compensation**  
Designated Doctor Scheduling Section  
7551 Metro Center Dr. Ste.100 • MS-603  
Austin, TX 78744-1609  
(512) 804-4380 (512) 804-4121 fax [www.tdi.state.tx.us](http://www.tdi.state.tx.us)

No. de reclamo de DWC

No. de reclamo de la  
compañía de seguros

## SOLICITUD PARA OBTENER UN MÉDICO DESIGNADO

### I. INFORMACIÓN ACERCA DEL RECLAMO E IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

1. Nombre y dirección de empleado - Ciudad/ Estado/ Código Postal	
1a. Fecha de nacimiento (mes-día-año)	1b. Fecha de la lesión (mes-día-año)
1c. Número de Seguro Social del empleado	1d. Número de teléfono del empleado ( ) -
2. Nombre y dirección del empleador Ciudad/ Estado/ Código Postal	
3. Nombre del representante, si es que lo hay	
3a. Teléfono # ( ) - extensión	3b. Fax # ( ) -

### II. INFORMACIÓN SOBRE EL MÉDICO TRATANTE/ RED DE SERVICIOS MÉDICOS

4. Nombre del médico tratante -	4a. Número de licencia del médico
4b. Dirección del médico, Ciudad / Estado / Código Postal	4c. Número de teléfono ( ) - extensión
4d. Fax #	5. Red de servicios médicos de compensación para trabajadores, si es que la hay

### III. INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

6. Nombre y dirección de la compañía de seguros a donde se deben enviar las cuentas médicas	
6a. Nombre del ajustador	
6b. No. de teléfono del ajustador ( ) - ext	6c. Fax del ajustador ( ) -

### IV. OTRA INFORMACIÓN

7. Fecha del último examen por parte del médico designado
8. Persona que solicita el examen: <input type="checkbox"/> División <input type="checkbox"/> Representante <input type="checkbox"/> Consejero médico de DWC <input type="checkbox"/> Empleado lesionado <input type="checkbox"/> Compañía de seguros

### V. RAZÓN DE LA SOLICITUD (marque todas las que apliquen)

A <input type="checkbox"/> Para determinar el mejoramiento máximo médico (MMI, por sus siglas en inglés). B <input type="checkbox"/> Para determinar el porcentaje de impedimento de cuerpo entero. C <input type="checkbox"/> Para determinar el grado de extensión de la lesión compensable del empleado. D <input type="checkbox"/> Para determinar si la incapacidad del empleado es el directo resultado de la lesión relacionada con el trabajo. E <input type="checkbox"/> Para determinar la capacidad del empleado para regresar a trabajar. F <input type="checkbox"/> Para determinar la habilidad del empleado para regresar a trabajar después del segundo año de estar recibiendo beneficios de ingresos suplementales –Sección 408.151 G <input type="checkbox"/> Otro:
--

### VI. PROPORCIONE LA INFORMACIÓN SOBRE LA LESIÓN Y SU TRATAMIENTO EN LA PÁGINA NÚMERO 2.

NOTA: Con algunas excepciones, usted tiene derecho por ley de saber, revisar y corregir la información que la División ha recopilado sobre usted en sus formularios. Para mayor información, llame a la Sección de Archivos y Documentos Públicos "Open Records" al teléfono 512-804-4434.



**PÁGINA 2- INFORMACIÓN SOBRE LA LESIÓN Y SU TRATAMIENTO:** Es requerido que la División obtenga la siguiente información para seleccionar a un médico designado. Si tiene alguna pregunta o dificultad comuníquese con la División para poder asistirlo. Si usted no está seguro de la condición o historial de tratamiento, comuníquese con el médico tratante.

Número de Seguro Social:

Fecha de la lesión:

Áreas lesionadas – Indique cada área lesionada que es parte de la lesión que es compensable.		Tipos de Tratamiento General – Indique cada tipo de tratamiento recibido en cada área afectada, el cual es parte de la lesión compensable del trabajador e indique si el tratamiento ha sido suspendido o descontinuado <sup>1</sup> .									
		Medicina de Rehabilitación		Medicamento por receta		Inyecciones Terapéuticas		Cirugía		Medicina de Conducta	
		Indique si fue proporcionado	Indique si fue suspendido	Indique si fue utilizado	Indique si fue suspendido	Indique si fue dado	Indique si fue suspendido	Indique si fue efectuada	Indique si fue dado de alta por el cirujano <sup>2</sup>	Indique si fue proporcionado	Indique si fue suspendido
<b>Lesiones Músculo Esqueléticas:</b>											
1	Espalda y Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Mano y Extremidades Superiores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Extremidades Inferiores y Pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Exposiciones Ocupacionales y Lesiones:</b>											
4	Sistema Nervioso Central(Cerebro/cerebro anterior)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5	Tallo Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6	Columna Vertebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7	Sistema Nervioso Periférico y Muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8	Sistema Respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9	Sistemas Cardiovasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10	Sistema Hematopoyetico (trastornos sanguíneos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11	Ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12	Orejas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
13	Cara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
14	Dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
15	Nariz, Garganta y Estructuras Relacionadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
16	Sistema Digestivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
17	Sistemas Urinario y Reproductivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
18	Sistema Endocrino (Sistema Hormonal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
19	Piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
20	Desórdenes Mentales y de Comportamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Dolor Crónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Categorías Generales de Definiciones de Tratamiento

**Medicina Física** – Tratamiento no invasivo el cual involucra movimientos manuales de la parte corporal afectada. Esto incluye tratamientos tales como masajes, relajación mio-facial, terapia física, manipulaciones, movilizaciones, acupuntura, endurecimiento de trabajo, acondicionamiento del trabajo, etc.

**Medicamento por receta médica** – Medicamento que tiene que ser obtenido de un farmacéutico o del médico que recetó la medicina y el cual no puede ser obtenido sin la receta del médico.

**Inyecciones Terapéuticas**- Incluye tratamientos como inyecciones epidurales y de punta de gatillo. Esto no incluye inyecciones rutinarias o menores como las inyecciones para el tétano, inyecciones para alergias, o intravenosas.

**Cirugía** – Una operación o tratamiento invasivo a menudo efectuado en el hospital. Esto no incluye procedimientos menores tales como el tratamiento de cortaduras menores o laceraciones.

**Medicina de Conducta** – Incluye tratamientos como psiquiatría, pruebas psicológicas y de asesoramiento, retroalimentación biológica y disciplinas relacionadas.

Cada área lesionada incluye las condiciones / partes corporales / sistemas alistados en la sección correspondiente o capítulo de la 4ta Edición de las Guías para la Evaluación de Impedimento Permanente (Guides to the Evaluation of Permanent Impairment, por su nombre en inglés) de la Asociación Médica Americana (AMA, American Medical Association por sus siglas y nombre en inglés). Si no quedase claro en cual hilera debe ser seleccionada cada condición, consulte las Guías del AMA para determinar cual sección contiene la metodología para la valorar el impedimento de la condición. Ejemplo – hernias aparecen en la fila 16 – “Digestivo” por que es el capítulo que contiene las instrucciones para asignar una valoración de impedimento para una hernia.

1 – El indicar que un tratamiento ha sido descontinuado NO es una declaración que tratamiento adicional de ese tipo no es necesario por razones médicas o que no va a volver en algún punto. Más bien, es una declaración que al momento en que se somete la solicitud para un médico designado, el empleado no está activamente recibiendo este tratamiento.

2 – Un cirujano se considera haber dado de alta a un empleado después de la cirugía cuando el empleado ha cumplido con las visitas de seguimiento requeridas para verificar su recuperación. No quiere decir que el empleado ha sido dado de alta para regresar a trabajar, dado de alta de todo tratamiento, o haber alcanzado el mejoramiento máximo médico.

**AVISO:** El proporcionar información incorrecta referente a esta solicitud puede causar una selección incorrecta del médico designado y puede resultar en una imposición legal, la cual incluye penalidades y multas administrativas.

